

HUBUNGAN HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN DENGAN KEJADIAN IUGR DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL

Dessy Nur Septiani¹, Sabar Santoso², Sujiyatini³

¹. Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, Jl Mangkuyudan MJ III/304 Yogyakarta 55143, email: eci_negara@yahoo.com. ². Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, Jl Mangkuyudan MJ III/304 Yogyakarta 55143. ³. Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, Jl Mangkuyudan MJ III/304 Yogyakarta 55143, email: sujiyatini@yahoo.com

ABSTRACT

Neonatal mortality rate in Province of Special region Yogyakarta on 20120 are 241 case or 5,5 per 1000 live births, with the most death caused by low birth weight. LBW divided to 2 categories, are LBW caused by premature and by IUGR. the highest IUGR incident in Province Yogyakarta was at Bantul District 14%. One of the factors which caused IUGR is hypertension gravidarum. Purpose: to identify correlation of hypertension gravidarum with Intrauterine Growth Restriction (IUGR) incident in Panembahan senopati General Hospital 2011. Method: this study is a non experiment by analitic obeservasional with case control study, with 40 with IUGR as case group and 40 with averege weight for control group. Thenick sampling used purposive sampling. Instrument of study is roundup data format used secondary data. Analysis data used bivariate using chi-square. Result: there are 65% babies who born with IUGR in women with hypertension gravidarum, and 34% ones in women normal blood pressure. The result chi square test is p-value 0,00 < 0,05 and Odd ratio 3,449. Conclusion: this study showed there is a significant correlation of hypertension gravidarum with IUGR incident, from odd ratio there is pregnant women with hypertension increased risk of IUGR incident.

Keyword: Hypertension Gravidarum, IUGR

INTISARI

Angka kematian neonatus di Indonesia pada tahun 2010 sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup. Angka kematian Neonatus di Propvinsi DIY pada tahun 2010 sebesar 241 dari 43048 kelahiran hidup dengan penyebab kematian terbanyak disebabkan oleh BBLR 40,6%, Asfiksia 26% dan kelainan kongenital 8,2%, sepsis 3,79% dan 21,2% disebabkan oleh faktor lain termasuk ikterus. Salah satu dari faktor yang mempengaruhi terjadinya ikterus adalah prematuritas. Tujuan untuk mengetahui hubungan prematuritas dengan kejadian ikterus neonatorum patologi di RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2011. Metode jenis penelitian ini adalah non eksperimen yaitu studi analitik observasional dengan studi *Case Control*, sampel kasus 50 bayi ikterus neonatorum patologi dan sampel kontrol bayi tidak ikterus neonatorum patologi teknik sampling dengan *purposive sampling*, instrumen penelitian menggunakan format pengumpulan data, dengan jenis data sekunder, Analisa data bivariat menggunakan *Chi Square*. Terdapat 73% bayi lahir prematur mengalami ikterus neonatorum patologi, dan 27,5% bayi lahir aterm mengalami ikterus neonatorum patologi, hasil uji *Chi Square p-value* 0,00 < 0,05 dan hasil Odd Rasio 7,319. Secara statistik ada hubungan yang signifikan antara prematuritas dengan kejadian ikterus neonatorum patologi, dari hasil odd rasio yang berarti bahwa bayi lahir prematur 7,3 kali meningkatkan risiko terjadinya ikterus neonatorum patologi.

Kata Kunci: Hipertensi Dalam Kehamilan, IUGR

PENDAHULUAN

Kematian dan kesakitan ibu hamil, bersalin dan nifas masih merupakan masalah besar negara berkembang termasuk Indonesia¹. Di negara miskin, sekitar 25-50% kematian wanita usia subur disebabkan oleh masalah yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan, dan nifas¹. WHO memperkirakan diseluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 meninggal saat hamil atau bersalin.

Survei Demografi Kesehatan Republik Indonesia (SDKI) terakhir tahun 2007, Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu 228/100.000 kelahiran hidup, meskipun demikian angka tersebut masih tertinggi di Asia. Angka kematian ibu di Yogyakarta adalah 104/100.000 kelahiran hidup². Rendahnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan ibu hamil menjadi faktor penentu angka kematian, meskipun masih banyak faktor penentu angka kematian, dan masih banyak faktor yang harus diperhatikan untuk masalah ini. Persoalan kematian yang terjadi lantaran indikasi yang lazim muncul. Salah satu penyebab kematian ibu adalah eklamsia, kejang bisa terjadi pada pasien dengan hipertensi yang tidak terkontrol saat persalinan.

Hipertensi dalam kehamilan merupakan komplikasi yang merupakan suatu keadaan yang tidak jarang ditemukan, mengenai 10-15% primigravida dan 2-5% pada multipara, dan sampai saat ini masih merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas fetal dan maternal di seluruh dunia. Angka kejadian hipertensi dalam kehamilan di Yogyakarta pada tahun 2009 sebanyak 346 (0,1%), tahun 2010 sebanyak 408 (16%), dan tahun 2011 sebanyak 364 (14%)³.

Selain Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Neonatal (AKN) merupakan salah satu indikator suatu bangsa untuk status kesehatan masyarakat. Angka kematian neonatus di Daerah Istimewa Yogyakarta (D.I.Y) pada tahun 2010 sebesar 241 kasus atau 5,5 per 1.000 kelahiran hidup dengan penyebab kematian terbanyak disebabkan oleh Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) sebesar 98 kasus (40,6%), disusul dengan asfiksia sebesar 63 kasus (26%) dan kelainan kongenital sebesar 20 kasus (8,2%)³.

Definisi Berat Badan Lahir Rendah adalah bila berat badannya kurang dari 2500 gram. Sejak tahun 1961 WHO telah mengganti *premature baby* dengan *low birth weight baby*. Hal ini dilakukan karena tidak semua bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram pada waktu lahir bayi premature. BBLR dibedakan dalam 2 kategori yaitu BBLR karena prematur (usia kandungan kurang dari 37 minggu) atau BBLR karena IUGR yaitu bayi

cukup bulan tetapi berat kurang untuk usianya⁴. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Provinsi D.I.Yogyakarta tahun 2010 angka kejadian BBLR per Kabupaten/Kota ditampilkan dalam bentuk tabel di bawah ini.

Tabel 1.
Kejadian BBLR Menurut Kab/Kota Provinsi
D.I.Yogyakarta Tahun 2010

No	Kabupaten / kota	Jumlah bayi lahir		BBLR	
		Jumlah	Jumlah	Jumlah	%
1.	Yogyakarta	4,559	250	4,48	
2.	Bantul	12,185	465	3,82	
3.	Kulon progo	5,717	259	4,53	
4.	Gunung kidul	8,996	363	4,04	
5.	Sleman	11,819	111	0,96	
	Jumlah	43,276	1,448	3,34	

Faktor ibu sangat berhubungan dengan pertumbuhan janin, janin tumbuh dan hidup bergantung penuh pada ibunya. Kesehatan ibu selama hamil sangat berpengaruh pada kesehatan janin, penyakit yang diderita ibu baik akut maupun kronis dapat berpengaruh buruk pada embryogenesis, pertumbuhan dan maturasi janin. penyebab bayi IUGR dilihat dari faktor maternal misalnya pada ibu yang selama kehamilannya menderita penyakit ginjal kronis, riwayat diabetes mellitus, penyakit jantung, malnutrisi dan anemia, hipertensi dalam kehamilan. Di negara berkembang angka kejadian IUGR berkisar antara 2%-8%. Data Angka Kejadian IUGR di Indonesia sendiri mencapai 5%, dan yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dapat dilihat dari tabel di bawah ini.

Tabel 2.
Angka Kejadian IUGR di Kabupaten/Kota
di DIY Tahun 2009-2010

No	Kabupaten / kota	Angka Kejadian IUGR Tahun 2009 - 2010	
		Tahun 2009	Tahun 2010
1.	Yogyakarta	8%	10%
2.	Bantul	21%	14%
3.	Kulon progo	11%	13%
4.	Gunung kidul	5%	8%
5.	Sleman	3%	7%
	Jumlah	48 %	52 %

Sumber : Profil Kesehatan DIY 2010-2011

METODE

Jenis penelitian ini adalah non eksperimen yaitu studi analitik observasional. Jenis penelitian ini digunakan untuk melakukan pengamatan atau pengukuran terhadap berbagai variabel subyek penelitian menurut keadaan alamiah tanpa melakukan manipulasi atau intervensi, kemudian peneliti mencari hubungan antar variabel. Desain dalam penelitian ini digunakan studi kasus-kontrol (*Case-Control*).

Penelitian dilakukan di RSUD Panembahan Senopati dan waktu penelitian ini adalah tanggal 23 bulan januari 2013. Teknik pengambilan sampel dengan teknik *Non-Random Sampling* dengan *Purposive Sampling*. sampel kelompok kasus 40 bayi dan kelompok kontrol 40 bayi.

Variabel dalam penelitian ini adalah: Variabel Independen yaitu hipertensi dalam kehamilan. Skala data: nominal dan variabel dependen kejadian IUGR, skala data: nominal. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini menggunakan data sekunder.

Teknik pengolahan data dilakukan dengan *editing, coding, entry data*, tabulasi. Kemudian dilanjutkan dengan analisis *Chi Square* untuk variabel independen untuk mengetahui hubungan antara hipertensi dalam kehamilan dengan kejadian IUGR. Jika hasil *p-value* <0,05 maka artinya ada hubungan antara hipertensi dalam kehamilan dengan kejadian IUGR. Selain itu dilakukan analisa odd rasio untuk mengetahui besarnya risiko pada kasus.

HASIL

1. Univariat

Berdasarkan data sekunder yang diperoleh dapat dideskripsikan distribusi frekuensi hipertensi dalam kehamilan pada kasus dan kontrol di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2011 yang disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 3.
Distribusi frekuensi hipertensi dalam kehamilan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2011

Hipertensi dalam kehamilan	Kasus (IUGR)		Kontrol (Tidak IUGR)	
	f	%	f	%
Hipertensi	26	65	14	35
Tidak hipertensi	14	35	26	65
Jumlah	40	100	40	100

Berdasarkan tabel 6 diketahui bahwa sebagian besar (65%) ibu yang mengalami hipertensi dalam kehamilannya melahirkan bayi IUGR. Dan 65% ibu yang tidak mengalami hipertensi dalam kehamilannya tidak melahirkan bayi IUGR.

2. Bivariat

Tabel 4.
Analisa Hubungan Antara Hipertensi dalam Kehamilan dengan Kejadian IUGR di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2011

Hipertensi dalam Kehamilan	Kejadian IUGR				Total		X ² p-Value	OR	
	Ya		Tidak		F	%			
	F	%	F	%					
Ya	26	65	14	35	40	100	7,200	0,007	3,449
Tidak	14	35	26	65	40	100			
Total	40	50	40	50	80	100			

Hasil analisa bivariat antara hipertensi dalam kehamilan dengan kejadian IUGR, menunjukkan bahwa hasil *p-value* 0,007 <0,05 yang berarti ada hubungan antara Hipertensi dalam kehamilan dengan kejadian IUGR di RSUD Panembahan Senopati Bantul, dan hasil OR 3,449 yang berarti sebanyak 3,4 kali hipertensi dalam kehamilan mempertinggi risiko terjadinya IUGR.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa hipertensi dalam kehamilan dapat mengakibatkan pertumbuhan janin terhambat. Ibu dengan hipertensi dalam kehamilan akan menyebabkan terjadinya insufisiensi plasenta, hipoksia sehingga pertumbuhan janin terhambat dan sering terjadi kelahiran prematur⁵.

Dalam uji klinis *Network*, Sibai dkk. Pada tahun 1998, melaporkan bahwa hanya 10,7 persen dari 763 wanita dengan hipertensi kronik yang memiliki bayi kecil untuk masa kehamilan 23% dari wanita dengan hipertensi kronik dan proteinuria pada awal kehamilan memiliki bayi yang beratnya kurang dari persentil ke-10 dibandingkan dengan 10 persen pada wanita tanpa proteinuria sebelumnya. Mereka menyimpulkan bahwa penurunan rata-rata tekanan arteri yang disebabkan oleh terapi berkaitan secara bermakna dengan penurunan insiden bayi kecil untuk masa kehamilan⁶.

Pada keadaan preeklamsia/eklamsia mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas janin karena terjadi penurunan aliran darah ke plasenta menyebabkan janin kekurangan nutrisi sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin. Normalnya pada saat proses nidasi terjadi *remodelling* arteri spiralis, yaitu terjadinya invasi trofoblas kedalam lapisan otot arteri spiralis, invasi juga memasuki jaringan sekitar arteri spiralis sehingga memudahkan arteri spiralis menjadi distensi dan dilatasi. Distensi dan dilatasi lumen arteri spiralis memberikan dampak penurunan tekanan darah, penurunan resistensi vascular dan peningkatan aliran darah uteroplasenta. Namun pada preeklamsia invasi trofoblas tidak optimal sehingga terjadi vasospasme arteri spiralis, menjadi tetap kaku dan keras sehingga membuat aliran uteroplasenta tidak adekuat⁶.

Gangguan perfusi plasenta akibat vasospasme hampir pasti merupakan penyebab utama meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal yang menyertai pada pasien dengan hipertensi dalam kehamilan⁶. Seperti pada kehamilan dengan preeklamsia terjadi spasme pembuluh darah arteriola menuju jaringan, tekanan darah akan naik sebagai usaha agar oksigenasi

jaringan termasuk plasenta dapat tercukupi dan dengan menyempitnya lumen arteriola menimbulkan gangguan peredaran darah retroplasenta sehingga suplai darah yang ditransportkan ke rahim menjadi kurang, akibatnya plasenta menjadi kecil dan transfer zat gizi ke janin menurun⁵.

Kondisi ini menyebabkan lambatnya pertumbuhan janin sehingga berat bayi lahir menjadi rendah⁵. Pada hipertensi dalam kehamilan terjadi spasme pembuluh darah, bahkan pada beberapa kasus lumen arteriola menyempit sehingga hanya bisa dilalui oleh satu sel darah merah yang mengakibatkan aliran darah ke plasenta turun dan menyebabkan gangguan pertumbuhan janin⁷. Berat lahir juga berhubungan secara berarti dengan luas permukaan villus plasenta, aliran darah uterus juga transfer oksigen dan nutrisi plasenta dapat berubah pada berbagai penyakit vaskular yang diderita ibu. Disfungsi plasenta yang terjadi sering berakibat gangguan pertumbuhan janin⁸.

KESIMPULAN

Kejadian IUGR pada ibu hipertensi dalam kehamilan sebesar 65 %. Kejadian IUGR pada ibu tidak hipertensi dalam kehamilan sebesar 35 %. Ada hubungan yang signifikan antara hipertensi dalam kehamilan dengan kejadian IUGR dengan hasil p-value 0,007 <0,05. Ibu dengan hipertensi dalam kehamilan memiliki risiko 3,4 kali untuk melahirkan bayi IUGR.

SARAN

Saran yang dapat dikemukakan berdasarkan kesimpulan penelitian, diantaranya sebagai berikut: Bagi Bidan dan Perawat RSUD Panembahan Senopati Bantul disarankan untuk melakukan upaya pencegahan terjadinya bayi lahir IUGR dengan cara memberi tahu kepada pasien untuk melakukan pemeriksaan kehamilan sedini mungkin. Dan dapat mendeteksi dini kemungkinan adanya komplikasi pada ibu dalam kehamilannya seperti hipertensi dalam kehamilan dan terus melakukan pemeriksaan selama kehamilannya sehingga akan mencegah terjadinya bayi lahir

IUGR. Di dalam pengisian data pada status rekam medis, diharapkan untuk mencatat dokumentasi lengkap sehingga dapat diketahuinya faktor-faktor risiko lain khususnya pada kasus IUGR. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian dengan metode yang lebih mendalam dengan menggunakan Desain Kohort Prospektif sehingga dapat menggunakan sumber data primer yang lebih valid, dan juga dapat mengendalikan dan mengontrol faktor lain penyebab IUGR.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI.2009. *Profil Kesehatan Republik Indonesia 2008*. Jakarta.
2. Dinkes Provinsi D.I.Y. *Profil Kesehatan Provinsi Yogyakarta Tahun 2008*. Yogyakarta
3. Dinkes Provinsi D.I.Y. 2011. *Profil Kesehatan Provinsi Yogyakarta Tahun 2010*
4. Saifuddin, A. B. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Eds. 4. Cet. 2. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
5. Manuaba, IBG. 2010. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta. EGC.
6. Cunnigham, F. G., Norman, F. G., Kenneth, J. L., Larry, C. G., John, C. H., Katharine, D. W. 2006. *Obstetri Williams*. Edisi 21 Volume 1 & 2. Jakarta: EGC.
7. Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi. 4. Jakarta: EGC.
8. Kosim, M. S., Yunanto, A., Dewi, R., Sarosa, G. I., Usman, A. 2012. *Buku Ajar Neonatologi*. Eds. 1. Cet. 3. IDAI